文章编号:1000-5404(2007)24-2377-02

经验交流

一次性清创加气囊挤压术治疗肛周脓肿456例疗效观察

金伟森,李金锁,丁 毅,王守印,金 虎 (武警总医院肛肠病研究所,北京 100036)

传统方法治疗肛周脓肿需分期手术,不仅疗程长,且易复发和形成肛瘘[1]。自2000-2006年以来,我科采用自创的一次性切开清创加胶管引流和直肠腔内放置气囊挤压术治疗高位肛门直肠周围脓肿456例,获得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男性259例,女性157例,其中单纯一侧肛周脓肿332例,双侧肛周脓肿81例,直肠后间隙脓肿18例,直肠后间隙伴一侧坐骨直肠间隙脓肿17例,直肠后间隙伴双侧坐骨直肠间隙脓肿8例。

1.2 手术方法

1.2.1 一次性切开清创术 对162例较小的单纯肛周脓肿采用一次性切开清创术。骶管麻醉,侧卧位,常规消毒铺巾,用碘伏消毒肠腔。将食指插入直肠腔内,仔细检查脓肿大小、方位,确定脓肿内口位置。以内口方向相应方位的肛缘为标记,自内口放射状梭性切开至肛缘皮肤线,彻底暴露内口窦道坏死组织;切口边缘充分止血;对波及外括约肌和耻骨直肠肌以及齿线以上的肌间脓肿,用中弯钳钝性分离、扩创,搔刮坏死病灶,使引流通畅,成倒"V"形创口。

1.2.2 一次性清创加气囊挤压术 对170例高位较大肛周间隙脓肿采用切开清创加纱条或胶管引流、直肠内放置气囊挤压术。对124例两个以上肛周间隙脓肿采用切开清创加K形胶管引流,直肠内放置气囊挤压术。方法:沿内口改道切开至肛门皮肤线约3.5 cm,手指分离脓腔;彻底清除被感染的肛腺后,用双氧水反复冲洗脓腔,放置甲硝唑纱条或胶管引流。对两个以上的肛周间隙脓肿利用改道创口放置K形胶管,并在直肠后间隙脓腔内固定,接负压吸引管,2~3 d后拔出胶管放置气囊,并注入60~120 ml,晚间将气囊排空。利用气囊膨胀,挤压脓腔壁,使脓腔壁塌陷、黏连,从而彻底消灭脓腔,达到治愈目的。

观察直肠末端血运情况,注气量以能触到直肠及肛门内动脉波动良好为准,气囊膨胀达到挤压脓腔壁塌陷为止,每隔4~6 h放气1次,间隔2~4 h再次充气。

2 结果

413肛周脓肿均获得一次性治愈,治愈率97.1%;13例假性愈合,经再次手术治愈。疗程9~21 d,平均13 d。患者均无肛门变形、狭窄、疼痛、失禁等后遗症。392例随访1~3年,复发6例,复发率为3%。

3 讨论

肛周脓肿的内口定位准确是手术成功的关键。肛周脓肿内口完全可以一次性切开而不必采用挂线方法。本组456例进行一次性手术治疗,无1例肛门功能下降及肛门失禁。术前应进行直肠腔内B超,以明确脓腔侵犯的范围,确定脓腔的大小、深浅。3个间隙侵犯程度的准确定位对一次性手术成功与否至关重要。本组病例术前均经直肠腔内B超检查,有效地避免了以往仅凭手指触摸造成的脓腔残留而引起脓肿复发。

术后换药是治疗的另一关键。一般在术后2 d内乳胶管尚未拔除时即用双氧水及生理盐水反复冲洗脓腔,使坏死组织充分引流,术后2 d拔除引流管,向直肠腔内放置气囊,以挤压脓腔壁。术后改道创口以油纱条塞紧,待创口变浅、变小时逐渐减少纱条的塞入深度,以利于创面愈合,同时谨防假性愈合。

寻找内口是手术成功的关键[2]。根据发病原理,内口一般位于齿状线水平,依据Goodsall定律结合下列方法寻找:①脓腔内注入美蓝加双氧水,轻压脓腔部位,肛管内有蓝色气泡溢出或肛隐窝染色,即为内口所在位置。②探针检查:在肛门镜下将钩探针无阻力地进入肛隐窝并伴有脓液溢出,即为内口处。③直肠指检:触及肛隐窝处有硬结、凹陷,多为内口所在位置。如仍不能确定,则直肠与脓肿壁最薄处常为内口处。

一次性清创术具有明显的优点:①疗程短。与传统切开挂线术相比,不伤及直肠壁,也不必全部切断括约肌,术后恢复快。本组患者平均住院13 d,比传统手术方法缩短近3~10 d,减轻了患者的经济负担。②疼痛轻。只作1个切口,一次性治疗术后患者疼痛可忍受,活动自如(术后6 h即可下床活动),仅15例术后使用杜冷丁,余均未使用止痛药物。③并发症少。由于不切开肛门括约肌,手术创伤小,切口平坦,无遗留槽沟,肛门闭合良好,无变形,无1例肛门功能下降及肛门失禁。④效果好。一次性治愈,不复发,避免了传统方法的再次手术。⑤操作简单。适用于各类脓肿的切除、根治,尤其对3个间隙的高位脓肿效果甚佳[3]。

目前,肛周脓肿多采用切开引流法、切开挂线法治疗,但是这两种方法都有缺点。切开引流法容易复发,并形成肛瘘;切开挂线法易损伤肛门括约肌。采取的一次性清创加气囊挤压术较好地避免了上述缺点,具有明显的推广和应用价值。目前国际上也开始采用这种治疗方法[4]。

关键词:肛周脓肿;清创;气囊挤压术
中图法分类号:R657.15 **文献标识码**:B

作者简介:金伟森(1973-),男,内蒙古自治区包头市人,硕士,副主任医师,主要从事肛肠病方面的研究。电话:13552438998

收稿日期:2007-10-31;**修回日期**:2007-11-16

参考文献:

[1] 金 虎. 中西医结合实用肛肠外科学[M]. 北京:军事谊文出版

社, 1995: 271-288.
[2] D'Hoore A, Penninckx F. The pathology of complex fistula, in ano [J]. Acta Chir Belg, 2000, 100(3): 111-114.
[3] 金伟森, 金 岭, 金 英, 等. 肛门直肠间隙脓肿356例一次性根治疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24(5): 24-250.
[4] Millan M, Garcia-Granero E, Esdapez P, *et al*. Management of intersphincteric abscesses[J]. Colorectal Dis, 2006, 8(9): 777-780.

(编辑 王小寒)

经验交流

文章编号:1000-5404(2007)24-2378-01

咽旁区及颅底肿瘤的手术治疗径路

葛家华,周小红,李真华 (重庆市肿瘤研究所头颈外科,重庆 400030)

咽旁区解剖区域隐蔽深在,解剖结构复杂,发生在该区的肿瘤早期不易被发现,诊断困难。临床多表现为颈部或咽侧包块,并伴有不同程度的吞咽、呼吸或语言功能障碍。CT或MRI能清楚显示肿块的大小、形态、位置、与周围结构的关系及继发改变;超选择性颈动脉造影能揭示肿瘤与血管系统的关系。手术难度和危险性大。本组肿瘤经不同径路手术切除,本研究就我们近年来收治的4例咽旁腮腺区及颅底肿瘤患者的治疗情况报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

4例咽旁腮腺区及侵犯颅底肿瘤患者中,男性1例,女性3例,平均年龄45(35~53)岁。病程3个月至9年。症状为发现颈部肿块,咽部异物感、咽喉疼痛、呼吸吞咽困难、张口受限、打鼾或无症状。CT显示肿瘤位咽旁腮腺区,2例侵犯颅底,其中良性3例,恶性1例。肿瘤侵犯范围:大部位于腮腺区,侵及颅底2例,肿瘤最大径约10 cm。

1.2 治疗方法

全部4例患者均行手术治疗。手术入路分:①劈开下颌骨经口入路(2例),劈开下颌骨后分离肿瘤表面的组织,仔细解离周围血管、神经并注意保护,完整切除肿瘤;②口腔颌颈部联合切口入路(2例),经颌颈分离肿瘤表面的组织,解剖面神经,结扎腮腺导管,沿肿瘤周界向上分离,发现肿瘤已超过茎突韧带,突向颅底的颞下、翼颌间隙,保护颈内静脉和第Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ对后组脑神经,见肿瘤直接切除困难,强行分离可能致大出血及神经损伤,加用经口切口分离肿瘤的方法,双进路钝锐游离,完整切除肿瘤。病理诊断:化学感受器瘤1例、肌上皮瘤1例、肉瘤1例、腮腺混合瘤1例。

患者术后第2天可鼻饲饮食,无吞咽及呼吸困难,切口甲级愈合3例,乙级愈合1例,术后7 d拆线出院,1年随访未见局部复发。

2 结果

4例患者行肿瘤全切除;3例切口甲级愈合;1例术后感染化脓,腮腺区切口全层裂开(口腔切口甲级愈合)面神经激惹口角歪斜、左眼闭合不全,换药半月后切口乙级愈合。术后观察3例1年无原位复发,1例肉瘤患者失访。

3 讨论

一些学者认为咽旁颅底区肿瘤手术切除,应常规术前行气管切开,以增加患者术中及术后的安全。本组巨大肿瘤的切除,未行气管切开,减少了患者痛苦及术后护理量。

咽旁、颅底区域解剖结构复杂,位置较深,不仅有重要的颅神经和颈动脉、颈静脉通过,而且邻近脑组织,给原发于和侵入该部位的颌面部肿瘤的治疗造成很大困难,手术难度大,危险性大,术前应仔细检查(CT、MRI检查具有重要价值),明确肿瘤侵犯部位和范围非常重要[1]。

原发于咽旁区及侧颅底的肿瘤,病变未侵犯咽侧壁及上颌窦后外壁,应选侧入路,这类入路术野开阔,显露充分,层次清楚,容易止血,术野不易污染,根据需暴露的部位、范围不同,分别采用以下几种方式:①颅、颌、颈侧入路,适于侵入颅内的巨大肿瘤,在切除腮腺、处理面神经后,进一步切断颧弓及下颌升支,咬除颞骨鳞部,术野即得开阔;②颞、耳后、颈侧入路,对肿瘤向后扩展进入乳突、鼓窦甚至波及后颅凹者较适合;③颌颈联合侧入路,对局限于咽旁区、未侵犯颅底或轻度侵犯但未贯通者适用此入路;④经颧骨入路,对仅局限有于颞下窝内的较小良性肿瘤,无它处侵犯破坏者适用,此入路损伤较轻,平行下颧弓做切口,切断颧弓,必要时切除冠突,牵开或切断咬肌,肿瘤即可显露;⑤经口腔、口咽的前进路,咽突型的腮腺混合瘤,咽旁区的神经鞘瘤通过软腭侧方,翼下颌韧带内侧切口进入[2]。

口-颌颈联合切口入路行咽旁肿瘤切除,手术难度相对降低,可作为咽旁肿瘤手术入路之一。但口腔切口为Ⅲ级切口,感染概率增加,术前口腔护理好,术野消毒好,术后加强抗感染治疗。

关键词:咽旁区;颅底腮腺肿瘤;手术入路
中图法分类号:R766.9 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 林 炘,陈恩河. 超声和CT联用对咽旁肿瘤的诊断意义[J]. 临床耳鼻喉科杂志,1999,13(8):350-351.
[2] 邵益森,邱嘉旋,蒋泽先,等. 咽旁间隙巨大肿瘤诊断和手术进路的探讨[J]. 中华中西医杂志,2004,5(9):786.

(编辑 栾 嘉)

作者简介:葛家华(1965-),男,重庆市铜梁县人,主治医师,主要从事头颈外科临床诊治方面的研究。电话:(023)65359281

收稿日期:2007-08-31;**修回日期**:2007-09-15